CONSIDÉRATIONS

N° 139.

SUR

LES FIÈVRES RÉMITTENTES PERNICIEUSES,

SUIVIES DE QUELQUES PROPOSITIONS DE MÉDECINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1^er^. août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AUGUSTE-GERMAIN MARCÉ, de Bourgneuf,

Département de la Loire-Inférieure;

Ancien Élève interne de l'hôtel-Dieu de Nantes.

Naturam morborum indicant curationes.
BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Gage de respect, d'amour filial et de reconnaissance.

A MON ONCLE,

MONSIEUR MAHOT,

Docteur en médecine.

Témoignage de l'attachement le plus sincère.

A.-G. MARCÉ.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Gage de respect, d'amour filial et de reconnaissance.

A MON ONCLE,

MONSIEUR MAHOT,

Docteur en médecine,

Témoignage de l'attachement le plus sincère.

A.-G. MARCK.

A MONSIEUR

FOURÉ,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Membre de l'Académie royale de médecine ; Médecin de l'hôtel-Dieu de Nantes ; Professeur à l'école secondaire d'instruction médicale établie dans la même ville ; Président du Conseil de salubrité, et Médecin des épidémies du département de la Loire-Inférieure, etc., etc.

Hommage de reconnaissance.

A.-G. MARCÉ.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES FIÈVRES RÉMITTENTES PERNICIEUSES,

SUIVIES DE QUELQUES PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

Les fièvres rémittentes pernicieuses, nommées aussi *fièvres subcontinues*, *rémittentes ataxiques*, ont pour caractère essentiel de présenter dans leur cours non interrompu le retour périodique de véritables accès, et d'être accompagnées des symptômes les plus graves.

Morton, *Sydenham*, *Hoffmann*, *Baumes*, et beaucoup d'autres médecins en ont donné de nombreuses observations ; elles forment la huitième classe des fièvres pernicieuses de *Torti*.

Le danger qui les accompagne, mais surtout la difficulté de leur diagnostic, et par conséquent de leur traitement, font de ces affections un des points les plus épineux de la médecine pratique.

Les maladies avec lesquelles elles ont la plus grande ressemblance sont les fièvres continues qui présentent des redoublemens successifs et un ensemble de symptômes alarmans. Indiquer les caractères qui, dans la plupart des cas, peuvent servir à faire distinguer ces deux

affections, et parler du traitement qui convient dans les rémittentes pernicieuses, tel est le but principal de cette dissertation.

Ces maladies ont les mêmes causes que les fièvres intermittentes, elles règnent ordinairement en même temps qu'elles ; mais, pour qu'elles se manifestent, il faut que ces causes aient acquis la plus grande intensité : ce n'est qu'au milieu des émanations marécageuses, de la chaleur et de l'humidité portées au plus haut point qu'on les voit le plus souvent prendre naissance.

Lorsqu'elles sont épidémiques, elles s'étendent, comme les fièvres intermittentes, sur les pays voisins, en suivant assez fréquemment dans leur marche la direction des vents.

Les fièvres rémittentes sont de deux espèces, *bénignes* ou *pernicieuses*. Ces dernières seules nous occuperont.

Elles affectent ordinairement le type double-tierce. Bien que dans leur cours elles puissent offrir tous les symptômes que l'on rencontre dans les fièvres, soit continues, soit intermittentes, il est un ensemble de phénomènes que, d'après *Torti*, *Sydenham* et *Baumes*, elles présentent dans la plupart des cas.

Description. Avant de devenir rémittentes pernicieuses, elles sont le plus souvent précédées de deux ou trois accès n'offrant rien de remarquable. Lorsqu'elles sont pernicieuses dès leur début, voici quelle est leur marche la plus ordinaire :

A la suite de plusieurs jours de malaise, quelquefois tout à coup, les malades éprouvent une grande lassitude, une céphalalgie violente, des douleurs dans tous les membres, et surtout dans les lombes ; ils sont pâles, affaissés, menacés de défaillances à chaque instant. Tel est le début de la maladie. Bientôt le paroxysme commence : un grand froid se déclare d'abord vers la colonne vertébrale, puis dans tout le reste du corps ; le pouls est serré, petit, parfois à peine sensible ; un resserrement extrême, une douleur vive, se font sentir vers les régions des hypochondres ou de l'épigastre ; des vomissemens bilieux se renouvellent à chaque moment ; l'urine est limpide ; l'anxiété est

extrême. A ces symptômes d'une concentration profonde succèdent ceux d'une réaction incomplète : le pouls ne se développe qu'à peine, il reste mou, faible, inégal; la peau est sèche, d'une chaleur âcre; les traits sont frappés de stupeur ; la face est jaunâtre et d'une coloration terne ; la langue est sèche, tremblante, dans certains cas d'une teinte et d'un aspect presque naturels ; la prostration est profonde, le décubitus dorsal, les selles liquides et parfois involontaires ; tout le corps exhale une odeur fétide. Enfin, après dix, douze ou quinze heures de durée, on aperçoit un peu de diminution dans l'intensité des symptômes : la stupeur s'efface, la prostration diminue ; la peau devient moite, puis se recouvre de sueur ; les urines sont briquetées ; il y a une légère rémission : cependant l'abattement est toujours très-grand, le pouls faible, incertain, la chaleur âcre.

Cette rémission, après quelques heures de durée, est suivie d'un nouveau paroxysme beaucoup moins fort que le premier, débutant aussi par frisson à la même heure, ordinairement vers le milieu du jour. A celui-ci succède un autre redoublement, semblable au premier par l'heure de l'invasion, la nature des symptômes, mais n'en différant que par l'augmentation dans la force et la durée des accidens. Les accès suivans se correspondent ainsi tous les deux jours, et reviennent spontanément sans qu'on puisse leur assigner aucune cause appréciable. Vers le dixième, onzième ou douzième jour, la rémission existe à peine, soit parce que l'accès se prolonge presque au-delà de l'accès suivant, soit parce que le premier et le troisième temps s'obscurcissent ou s'éclipsent presque complètement. Enfin il arrive une époque où toute rémission a disparu ; la fièvre revêt cette continuité insidieuse que sans les signes commémoratifs il serait si facile de confondre avec la véritable. C'est alors que le malade court les plus grands dangers ; les symptômes de l'adynamie la plus profonde existent, et la mort est presque certaine, si l'art ne vient promptement au secours de la nature.

Le plus ordinairement la fièvre n'est pas pernicieuse dès le début ; tantôt elle commence par une rémittente bénigne, tantôt même par

une fièvre intermittente. Peu à peu les accès se rapprochent ; des symptômes d'abord légers s'aggravent et s'accumulent, le caractère pernicieux se déclare, et la maladie suit le plus souvent alors la marche que nous venons de décrire. Il y a certains accidens, tels que cardialgie, choléra-morbus, qui, très-fréquens dans les intermittentes, sont beaucoup plus rares dans les rémittentes pernicieuses. La stupeur et une grande prostration sont un de leurs caractères les plus ordinaires.

On les voit très-fréquemment accompagner ou remplacer des épidémies de fièvres intermittentes simples. Les causes de leur apparition sont une augmentation de la chaleur, de l'humidité, et de tout ce qui peut occasionner ces espèces de maladies. Pendant l'épidémie de fièvres rémittentes et intermittentes observée à Nantes en 1827, des fièvres tierces et quotidiennes régnèrent presque exclusivement au début et à la fin de l'épidémie, c'est-à-dire à l'époque où ses causes commençaient à paraître et à diminuer. C'est dans les mois de juillet et d'août, lorsque la chaleur était extrême, que l'on observa le plus de fièvres rémittentes pernicieuses.

Lorsque la maladie est livrée à elle-même, la mort arrive ordinairement vers le quatorzième jour. Un des principaux caractères de ces fièvres est leur grande tendance à devenir continues. On doit s'attendre à cette transformation fâcheuse, lorsque la durée totale de l'accès devient plus longue, soit parce que le paroxysme se prolonge réellement, soit parce que celui qui doit suivre devance l'heure accoutumée, soit pour les deux causes réunies. Il est une autre circonstance qui doit faire craindre que la fièvre, d'abord rémittente, ne devienne continue ; c'est lorsque la période de la chaleur domine sur les deux autres. Une troisième circonstance qui annonce cette transformation est la diminution réelle et absolue qu'éprouvent le premier et le troisième temps comparés au deuxième : le frisson s'affaiblit, et la sueur n'est presque plus sensible. Ces trois signes réunis, la durée plus grande de l'accès, la prédominance du deuxième temps sur les deux autres, la diminution réelle et absolue qu'éprouvent ceux-ci, annon-

cent d'une manière certaine qu'une fièvre, d'abord rémittente, va devenir continue. Enfin quelques autres phénomènes, tels qu'une couleur plus rouge et une moindre quantité des urines, l'apparition d'ulcérations dans la bouche, doivent faire porter le même prognostic. Souvent cette conversion de la fièvre est brusque, et n'est annoncée par aucun symptôme.

Quelquefois les fièvres rémittentes pernicieuses se terminent par une intermittente simple. Les causes qui peuvent donner lieu à cette terminaison sont d'abord l'emploi des fébrifuges, puis le passage d'une chaleur vive à une température modérée.

Suivant *Baumes* on doit distinguer trois principales espèces de fièvres rémittentes pernicieuses : dans la première, il y a frisson très-marqué au début de chaque accès ; dans la deuxième, l'invasion du paroxysme n'est signalée que par un léger refroidissement, soit général, soit partiel ; la troisième enfin ne présente au commencement de chaque accès qu'une augmentation subite de la fièvre, de la chaleur et des autres symptômes qui, sans être précédés de frisson, ni suivis de sueurs, tombent progressivement à un état de rémission beaucoup moins tranchée que dans les deux espèces précédentes. Ces distinctions sont importantes, puisqu'elles indiquent assez bien le plus ou moins d'espoir que l'on doit mettre dans le quinquina. On peut dire qu'en général il est d'autant plus efficace que les diverses périodes du paroxysme sont mieux caractérisées et la rémission plus sensible.

La fièvre subintrante pourrait bien être considérée comme une espèce de rémittente ; comme celle-ci, son type est le plus souvent double-tierce, et quoique son caractère spécial soit de présenter des accès qui commencent avant la fin du précédent, il existe toujours quelques instans où la fièvre éprouve une véritable rémission. Enfin, pour dernier trait d'analogie, il y a beaucoup de fièvres qui d'abord rémittentes ne pourraient plus tard être distinguées d'une subintrante S'il existe quelque différence entre ces deux maladies, elle n'est que dans la forme extérieure, leur nature est identique.

En donnant une description générale des fièvres rémittentes pernicieuses, nous avons signalé les symptômes qu'elles présentent le plus ordinairement. Dans certains cas elles en offrent d'autres, et sous ce rapport elles peuvent, d'après *Baumes*, être classées en trois sections, selon que les accidens dépendent d'une affection cérébrale, thoracique ou abdominale. C'est ainsi que cet auteur admet des fièvres rémittentes, encéphaliques, soporeuses, pleurétiques, dysentériques.

Il les distingue encore d'après la nature des symptômes, et les classe en fièvres rémittentes inflammatoires, bilieuses, muqueuses et adynamiques. Il pense que la plupart des intermittentes pernicieuses, décrites comme telles par les auteurs, n'étaient le plus souvent que des fièvres rémittentes.

Pinel ne reconnaît pour rémittentes que celles qui à chaque accès débutent par frisson. Plusieurs praticiens, et M. *Chomel* en particulier, ne partagent pas cette opinion. Puisque l'observation prouve qu'il existe des fièvres intermittentes ne présentant point de frisson au début des accès, et guérissant cependant par le quinquina, pourquoi n'en serait-il pas de même pour les rémittentes pernicieuses? C'est ce que l'expérience démontre tous les jours.

Elles affectent le plus ordinairement le type double-tierce; tous les deux jours on observe un accès avec symptômes très-graves, et un autre plus modéré. Le début de chaque redoublement a presque toujours lieu vers dix ou onze heures du matin.

Dans certains cas, ces fièvres offrent la plus grande irrégularité, soit pour le type, soit pour l'heure de l'accès, soit pour l'ensemble des symptômes.

Diagnostic. Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre les rémittentes pernicieuses parvenues à une certaine période sont les fièvres continues qui, accompagnées de symptômes très-graves, présentent des exacerbations successives. Ce n'est point dans l'espèce, ni dans l'intensité des accidens que nous pourrons trouver les carac-

tères différentiels de ces deux affections. Sous ce rapport, il y a presque identité entre l'une et l'autre. Quelles seront donc les bases de ce diagnostic si important, puisque de lui seul dépend le traitement, et par suite le salut des malades?

D'après *Torti* et autres célèbres praticiens, on peut établir en règle générale, que toute fièvre qui a été intermittente dans son principe, et dont la marche s'est modifiée de manière à devenir rémittente, est due aux causes qui produisent les fièvres intermittentes, et réclame le même traitement qu'elles. Ce précepte est admis par la plupart des praticiens; *Sydenham* a contribué à l'établir, et, s'il en était besoin, l'expérience lui prêterait chaque jour une nouvelle puissance.

Si au contraire la rémittente n'est survenue qu'à la suite d'une fièvre continue, elle se rattache à cette espèce de maladie, et doit être traitée comme telle. Voilà ce qu'il faut admettre et faire dans la plupart des cas; mais, comme toutes les autres règles de thérapeutique, celles-ci souffrent quelques exceptions.

Lorsque la fièvre a été rémittente dès son principe, il est dans certains cas bien difficile de reconnaître sa véritable nature.

Lorsqu'une fièvre, rémittente dès son principe et à symptômes pernicieux, présente des accès bien tranchés et des rémissions sensibles, il est facile de la distinguer des fièvres continues, qui le soir ont de violentes exacerbations. Les redoublemens de fièvres continues ne ressemblent point à ceux des rémittentes bien tranchées; ils ne sont point, comme dans ces dernières, précédés de frissons ni suivis de sueurs. Leur début n'est signalé que par l'accélération, la dureté du pouls, l'augmentation de la chaleur, de la céphalalgie et des autres symptômes. Leur déclin n'est annoncé que par une simple diminution dans l'intensité accidentelle des phénomènes observés, et par le retour de la fièvre à son degré de force ordinaire.

Si les accès ne débutent que par un léger refroidissement, soit général, soit partiel; si la rémission est très-courte et peu distincte du paroxysme; si même, au lieu de refroidissement, on n'observe plus au début qu'une légère horripilation, une toux sèche et fréquente,

ou quelque autre phénomène analogue, le diagnostic est bien plus difficile, et la nature de la maladie est alors très-incertaine; la forme du redoublement étant trop peu différente de celui des fièvres continues, ne peut plus servir de caractère distinctif à ces rémittentes pernicieuses.

Voici dans ces circonstances difficiles les considérations qui pourraient éclairer le praticien : pour établir son diagnostic, il doit avoir égard avant tout à l'épidémie régnante, aux influences atmosphériques, aux causes présumées de la maladie; à la manière dont elle a débuté, à l'heure et au nombre des redoublemens, à la disproportion qui existe entre les phénomènes de l'accès et ceux de la rémission; au type de la fièvre; au désaccord que l'on observe quelquefois entre certains symptômes et l'ensemble général des autres fonctions; au *facies* du malade, à la couleur briquetée des urines.

Lorque la fièvre a complètement cessé d'être rémittente, et qu'elle a revêtu une continuité insidieuse, le médecin ne peut avoir recours pour diagnostiquer la maladie qu'aux signes commémoratif et à l'action exploratrice du quinquina. La considération de l'épidémie régnante peut aussi dans cette circonstance lui offrir une précieuse ressource.

Lorsqu'une fièvre pernicieuse, peu distincte des fièvres continues par la forme et la marche de ses redoublemens, survient pendant une épidémie de fièvres intermittentes, au milieu de la chaleur, de l'humidité et des émanations marécageuses, la nature de l'affection n'est point douteuse; elle se rattache certainement aux maladies curables par le quinquina, et diffère essentiellement des fièvres continues; celles-ci se développent dans des circonstances tout à fait opposées. La considération de l'épidémie régnante est donc pour les fièvres rémittentes pernicieuses, comme en général pour toutes les maladies une circonstance de la plus haute importance; sans elles les autres seraient à peu près nulles, et seule elle pourrait suffire.

La manière dont la maladie a débuté peut aussi éclairer le prati-

cien. Si elle a commencé par un frisson très-marqué, c'est un caractère de plus qui la rattache aux fièvres intermittentes. Les fièvres continues ne débutent ordinairement que par des horripilations vagues.

Dans les rémittentes pernicieuses, le paroxysme a presque toujours lieu le matin ; dans les continues, le soir.

Ces dernières présentent ordinairement plusieurs exacerbations dans la journée; elles reviennent d'une manière irrégulière, et très-souvent on pourrait leur assigner une cause, ainsi qu'aux rémissions passagères. Il n'en est pas de même pour les rémittentes pernicieuses, leur marche est périodique, les accès s'enchaînent et se suivent ordinairement avec régularité, enfin ils surviennent toujours sans cause appréciable.

L'apparition subite et imprévue de quelque symptôme grave est encore un caractère distinctif des rémittentes pernicieuses. Les continues ne présentent ordinairement rien de semblable; leur marche est uniforme. On peut toujours, jusqu'à un certain point, prévoir les accidens divers qui surviennent dans leur cours. La chose est tout à fait impossible dans les rémittentes pernicieuses.

Le type de ces fièvres est presque toujours double-tierce, tandis que dans les fièvres continues les redoublemens sont chaque jour d'une intensité à peu près égale.

Dans ces dernières, il n'y a point de disproportion tranchée entre les symptômes observés à des heures différentes ou d'un jour à l'autre; le danger comme l'amélioration suivent une marche progressive. Il n'en est pas de même dans les fièvres rémittentes pernicieuses ; l'état du malade est bien différent, suivant qu'il est considéré à tel moment ou à tel autre; il passe quelquefois du danger le plus pressant à la position la plus rassurante, et souvent c'est au milieu de ce calme insidieux que survient le paroxysme qui doit terminer ses jours.

Le *facies* peut aussi fournir des données précieuses. Dans les fièvres continues, le *facies* est dans un rapport exact avec la souffrance des viscères. Dans les rémittentes, à l'approche ou au milieu du plus

grand danger, les traits ont quelquefois conservé une expression presque naturelle.

Il est une autre circonstance qui n'appartient qu'à ces dernières affections, c'est le désaccord que l'on observe entre certains phénomènes et l'ensemble général des autres fonctions. En voici des exemples : lorsque ces fièvres régnaient épidémiquement à Nantes en 1827, au milieu des symptômes les plus marqués d'une gastro-entérite très-intense, la langue restait molle, large, humide, et souvent plus pâle que dans l'état naturel. Chez les malades saignés à cause des signes d'une grande irritation, tels que céphalalgie très-forte, fièvre violente, le sang ne se recouvrait point d'une couenne plastique.

Les urines fournissent aussi un signe capable de décider le diagnostic dans les cas douteux; elles offrent souvent un sédiment briqueté, rougeâtre, bien différent de celui que l'on observe dans les inflammations.

Les fièvres rémittentes pernicieuses, lorsqu'elles ne sont pas traitées à temps, perdent souvent leur caractère primitif : elles deviennent continues; tout vestige de rémission s'efface. Pour déterminer leur véritable nature, le médecin doit alors avoir recours aux signes commémoratifs, il doit s'informer des circonstances au milieu desquelles elles sont survenues, et de toutes celles que nous venons d'énumérer. Si toutes ces ressources lui manquent, la seule qui lui reste alors, celle qu'il doit toujours tenter lorsqu'il règne une épidémie de fièvres intermittentes, c'est l'action exploratrice du quinquina. Fondé sur ce grand principe de Baglivi, *naturam morborum indicant curationes*, il donne le précieux fébrifuge, et s'il en résulte un heureux effet, la nature de la maladie a cessé d'être incertaine. Il emploiera ce moyen avec d'autant plus de confiance que, dans la constitution médicale, le génie intermittent prédomine, et que toutes les affections de l'époque doivent en ressentir l'influence.

En résumé général : développement d'une fièvre pendant une épidémie de fièvres intermittentes, au milieu des marais, de la chaleur et de l'humidité; début des accès par un frisson, terminaison par

sueur; rémission bien tranchée; dans quelques cas, invasion du paroxysme par un simple refroidissement ou quelques-uns des signes précurseurs des véritables accès; déclin signalé par une légère moiteur; redoublement unique dans l'espace de vingt-quatre heures, revenant périodiquement le matin, sans cause appréciable et en double-tierce; disproportion bien tranchée entre les symptômes de l'accès et ceux de la rémission; apparition soudaine de quelques phénomènes imprévus; désaccord de certains symptômes avec tous les autres; urines briquetées; action bienfaisante du quinquina, donné comme moyen explorateur, telles sont les circonstances qui peuvent faire reconnaître une fièvre rémittente pernicieuse au milieu d'autres maladies lui ressemblant plus ou moins, et servir de base à son véritable traitement.

Outre la considération de l'épidémie régnante, qui est une circonstance essentielle dans le diagnostic des fièvres rémittentes comme dans celui de toutes les autres affections, il est un point que le médecin ne doit jamais perdre de vue dans l'observation de ces maladies, c'est la marche des paroxysmes; qu'il s'applique à distinguer tout ce qui peut signaler leur début ou leur déclin, qu'il épie surtout le moment où la maladie menacerait de devenir continue, car cette transformation est très-défavorable, et quoique même alors le quinquina soit la seule ressource à employer, il n'empêche pas toujours la terminaison fatale.

Prognostic. Le prognostic des fièvres rémittentes pernicieuses, toujours très-fâcheux par lui-même, l'est cependant d'autant plus que ces maladies ressemblent davantage aux fièvres continues. On peut établir en règle générale que le danger est en raison directe du rapprochement des accès. Il y a plus à craindre lorsqu'il existe une gastro-entérite intense que lorsque l'encéphale seul est affecté, comme dans les fièvres soporeuses. L'action du quinquina est moins certaine dans le premier que dans le second cas. Si la fièvre transformée en continue résiste au fébribuge, la mort est presque inévitable.

Les altérations pathologiques observées à la suite des rémittentes pernicieuses ne diffèrent point notablement de celles que présentent les fièvres continues.

Traitement. Les fièvres rémittentes pernicieuses ont une marche si rapide et une terminaison le plus souvent si funeste, qu'on ne saurait trop tôt en arrêter le cours. La base principale de leur traitement est le quinquina. Il faut l'administrer sans délai et sans aucune préparation; cette méthode est formellement indiquée lorsque la fièvre a été pernicieuse dès le début, ou lorsqu'après deux ou trois accès simples elle revêt ce fâcheux caractère. Pour le traitement de ces maladies, beaucoup de praticiens préfèrent encore le quinquina en substance à toute autre préparation. Le sulfate de quinine ne pourrait-il pas cependant le remplacer avec avantage dans la plupart des cas? D'abord l'expérience prouve qu'il guérit la fièvre aussi sûrement que l'écorce elle-même; ensuite il est d'un usage plus facile, n'occasionne que peu de dégoût, s'administre sous un plus petit volume, et doit surtout inspirer d'autant plus confiance que, dépouillé par la chimie de toute substance inerte, il ne contient que le principe essentiellement fébrifuge. Dans l'épidémie de rémittentes pernicieuses, observées à Nantes en 1827, M. *Fouré*, médecin des hôpitaux de cette ville, obtenait les guérisons les plus promptes et les plus durables avec le sulfate de quinine.

Une règle de thérapeutique bien essentielle, c'est que dans le traitement de ces rémittentes la première dose doit toujours être la plus forte. Lorsqu'on administre le quinquina en substance, on en donne six gros, quelquefois même une once à la fois. On délaie la poudre dans de l'eau; la macération à froid est aussi dans ces cas une des meilleures préparations. Lorsqu'on fait usage du sulfate de quinine, on en donne quinze, dix-huit, et même vingt-quatre grains. En principe général, la dose doit toujours être d'autant plus forte que le danger est plus grand et l'intervalle des accès plus court : l'expérience prouve qu'une plus grande quantité de fébrifuge peut sup-

pléer au peu de durée de la rémission. Une précaution bien importante à prendre, c'est que pour la première prise il faut administrer à la fois le tiers ou même la moitié de la dose totale ; le reste doit être pris pendant la rémission à distances fixes, et de manière que tout soit avalé avant le commencement de l'accès suivant. Quelques praticiens n'attaquent les rémittentes pernicieuses que par de faibles doses ; l'observation démontre que cette pratique est nuisible, et que loin de remédier aux accidens, elle ne fait qu'ajouter à leur force. Dans ces maladies, la guérison dépend de la vigueur avec laquelle on les attaque dès leur début ; plus la quantité de fébrifuge administrée dans un temps donné est considérable, plus il y a de chances de succès. C'est toujours pendant la rémission qu'il faut le faire prendre ; son action sera d'autant plus sûre et plus énergique, qu'on le donnera à une distance plus éloignée du prochain accès.

Lorsque la rémission est sensible et les diverses périodes du redoublement bien tranchées, le quinquina guérit presque toujours. Le succès est moins certain lorsque la fièvre, par le rapprochement et la prolongation de ses paroxysmes, tend vers la continuité. Il y a beaucoup de rémittentes pernicieuses qui, ne débutant point à chaque accès par frisson, réclament cependant l'emploi du quinquina. Lorsque la rémission s'est presque effacée, que le début d'un redoublement touche presqu'à celui qui vient de finir, il faut épier les signes du déclin, et profiter de cet instant pour donner le précieux fébrifuge. Sachant qu'un des principaux caractères des rémittentes pernicieuses est leur grande tendance à dégénérer en continues, le praticien doit être attentif, et saisir le moment où cette fâcheuse métamorphose va s'opérer : sans délai, qu'il donne le fébrifuge; il le fera le plus souvent avec succès. Quoique le quinquina ne sauve pas aussi fréquemment le malade dans les rémittentes transformées en continues que dans toute autre circonstance, il est cependant le seul remède sur lequel on puisse encore fonder quelque espoir de succès. Cette continuité insidieuse n'est point une contr'indication à son emploi, sur-

tout quand elle existe depuis peu ; tel est le précepte donné par *Sydenham*. M. le docteur *Fouré*, dans l'épidémie de 1827, administrait toujours le quinquina dans ces fièvres dégénérées, et dans la plupart des cas cette pratique offrit les plus grands avantages. Combien n'avons-nous pas vu de rémittentes pernicieuses transformées en continues depuis quelques jours céder au fébrifuge presque aussi facilement qu'une fièvre tierce ? Le quinquina doit donc toujours être administré, lors même qu'il y a continuité du mouvement fébrile, puisque l'expérience prouve qu'alors même il peut guérir. Si malgré l'emploi du fébrifuge continué pendant deux ou trois jours consécutifs les accidens persistaient au même degré, si même la langue se desséchait, devenait rouge ou fuligineuse, et surtout s'il existait des vomissemens, de la diarrhée et de la douleur à l'épigastre, il faudrait de suite renoncer au quinquina, et traiter la maladie comme une véritable fièvre continue ; mais dans ces cas la mort est presque certaine.

Appelé au milieu d'un accès qui menace la vie du malade, que doit faire le médecin ? Suivant *Torti*, il faut de suite donner le précieux fébrifuge. D'après plusieurs célèbres praticiens, et entre autres M. *Alibert*, il convient de pallier les accidens du paroxysme et d'attendre la rémission pour administrer le quinquina. Dans ces cas difficiles, nous avons vu souvent M. *Fouré* donner le sulfate de quinine au moment où la moiteur commençait à paraître et réussir complètement. La convalescence marchait rapidement, et n'était point suivie de phlegmasies chroniques des voies digestives.

Comme les rémittentes pernicieuses sont presque toujours double-tierces, et qu'elles ne présentent ordinairement qu'un seul accès pernicieux, c'est contre lui que l'on doit diriger la plus forte dose du fébrifuge. Il ne faut pas négliger d'en donner contre le plus faible accès.

La manière dont le quinquina termine les rémittentes pernicieuses varie suivant les individus ; son effet le plus ordinaire est d'affaiblir peu à peu l'intensité de la fièvre, et puis de la supprimer totalement.

Tantôt il la coupe brusquement, tantôt il la transforme en intermittente simple ou en légère continue. Pendant l'épidémie de 1827, nous avons observé ces diverses terminaisons des rémittentes pernicieuses traitées par le quinquina. Parfois il n'agit aucunement sur l'accès qui doit suivre immédiatement, ce n'est qu'au second que la fièvre est supprimée. M. *Fouré* nous a cité plusieurs cas de ce genre. Lorsque les paroxysmes ont disparu par l'effet du quinquina, il faut néanmoins en continuer l'usage pendant plusieurs jours de suite; il est bon de ne le donner qu'aux heures correspondantes à la rémission. Si l'estomac, trop irritable, rejette le fébrifuge aussitôt qu'il est ingéré, il faut le combiner avec l'opium ; cette combinaison ne doit pas être faite s'il y avait coma, un pareil moyen favoriserait la congestion cérébrale. Le sulfate de quinine peut aussi être donné en lavement ou répandu sur la surface d'un vésicatoire. M. *Marion de Procé*, médecin des hôpitaux de Nantes, employait souvent avec succès ces diverses méthodes d'administrer le sulfate de quinine.

Lorsque les fièvres rémittentes pernicieuses sont précédées de symptômes inflammatoires très-marqués, il faut, avant tout, recourir au traitement antiphlogistique. Les saignées, soit locales, soit générales, secondent puissamment l'action des fébrifuges que plus tard on doit administrer. Quelquefois, malgré les symptômes inflammatoires, on est forcé d'administrer le quinquina, parce que les paroxysmes deviennent de plus en plus violens. Dans ces cas difficiles, le fébrifuge guérit quelquefois complètement la maladie. Nous avons les observations de deux fièvres pernicieuses péripneumoniques qui furent traitées et guéries par le sulfate de quinine; sous l'influence de ce remède, la fièvre et tous les symptômes disparurent en même temps.

Le traitement des rémittentes pernicieuses pendant l'accès est celui des fièvres continues. Si dans le cours du paroxysme l'excitation est très-grande, s'il y a congestion violente vers les principaux viscères, tels que l'encéphale, le poumon ou le système digestif, des saignées soit locales, soit générales, peuvent être très-utiles. Dans ces cas, on combine les deux méthodes : les antiphlogistiques sont

employés pendant l'accès, et les fébrifuges pendant la rémission. Lorsque les symptômes adynamiques prédominent, le quinquina seul est indiqué. On doit aussi avoir recours à quelques moyens accessoires, tels que les vésicatoires aux jambes.

Lorsque la convalescence est établie, un verre de macération de quinquina pris le matin fortifie la guérison et prévient les rechutes.

Dans les temps où les rémittentes pernicieuses règnent épidémiquement, ne pourrait-on pas s'en préserver en prenant de temps en temps quelques doses du précieux fébrifuge?

Description d'une épidémie de fièvres rémittentes pernicieuses observée à l'hôtel Dieu de Nantes.

En 1827, il régna dans le département de la Loire-Inférieure beaucoup de fièvres intermittentes et rémittentes; nous en observâmes aussi un très-grand nombre à l'hôtel Dieu de Nantes. Cette épidémie débuta dans le mois de mai par beaucoup de fièvres tierces accompagnées d'ictères et d'embarras gastriques. Pendant tout l'été les chaleurs furent excessives, il y eut des pluies d'orage et des variations brusques dans la température.

Cette épidémie, considérée d'une manière générale, donne lieu à deux remarques : l'une a rapport au type de ces fièvres, l'autre aux symptômes qui les accompagnèrent.

Pendant le mois de juin, les rémittentes double-tierces furent très-fréquentes; dans le courant de juillet, elles régnèrent presque exclusivement. Ce fut dans le mois d'août, au milieu de la plus vive chaleur, qu'elles dégénérèrent la plupart en fièvres continues. Dès le commencement de septembre, la température s'étant un peu abaissée, les fièvres intermittentes reparurent. Pendant toute cette période, le quinquina ou ses préparations furent toujours efficaces, mais d'autant plus que le type des fièvres se rapprochait moins de la continuité.

Quant aux symptômes, ils furent pendant toute l'épidémie de deux espèces : inflammatoires et adynamiques. Les premiers furent toujours observés au début; les seconds, vers la fin de la maladie. Ce

fut dans le mois de juin, pendant une partie de juillet, et tout le mois de septembre; c'est-à-dire vers la moitié et la fin de l'épidémie, que les signes de l'inflammation la plus vive se manifestèrent; dans certains cas même on n'observa qu'eux seuls. Ce fut au contraire dans le mois de juillet et surtout pendant août que régnèrent quelquefois exclusivement les symptômes de l'adynamie la plus complète, tels que prostration, fétidité des excrétions, hémorrhagies passives. Les organes principalement affectés furent toujours l'encéphale et l'appareil digestif.

D'après ces considérations, on voit qu'il y eut constamment un rapport direct, 1°. entre la tendance des fièvres à dégénérer en continues, la prédominance des symptômes adynamiques et l'élévation de la température; 2°. qu'avec son abaissement, le type intermittent redevint prédominant, et que les symptômes inflammatoires finirent par l'emporter sur tous les autres.

Les deux observations suivantes pourront donner une idée de l'épidémie régnante : elles représentent assez bien les deux formes prinpales de la maladie.

Ire. OBSERVATION.

Le nommé Leduc, soldat au 57°. de ligne, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, entre le 19 juin à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Deux jours avant son entrée il a été pris d'une fièvre dont le premier accès, très-fort, a eu lieu vers les dix heures du matin, et le second, beaucoup moins intense, a débuté le lendemain à la même heure. Chaque redoublement commence par frisson et finit par sueur. Dans l'intervalle des deux paroxysmes la fièvre n'a persisté qu'à un faible degré.

Le 19, jour de son entrée, il présente les symptômes suivans : céphalalgie sus-orbitaire très-vive, douleurs lombaires très-intenses, rougeur de la face, injection des yeux, bourdonnement dans les oreilles, épistaxis, sensibilité de l'épigastre, vomissemens, chaleur âcre, accélération et dureté du pouls. Il y a eu frisson au début;

c'est le jour du grand accès. (Saignée du bras, eau de gomme ; diète.)

Le 20 (jour du faible accès) il est beaucoup moins fort que le précédent. Les symptômes indiqués sont beaucoup moins marqués. Entre les deux redoublemens il y a toujours eu un peu de fièvre. (Diète, eau de gomme *bis*.)

Le 21, accès très-violent par frisson. (Deuxième saignée du bras, eau gommée; diète.)

Le 22 et le 23, les symptômes inflammatoires se sont évanouis; ils sont remplacés par la stupeur et la prostration : la face, beaucoup moins rouge, présente une coloration terne; les lèvres sont sèches et tremblantes, la langue est molle et humide, le pouls est déprimé; les accès reviennent régulièrement à dix heures du matin, toujours avec un léger frisson au début et de la moiteur à la fin. Quoique le mouvement fébrile soit continu, il y a une rémission bien tranchée. Le sang des deux saignées ne présentait point de couenne plastique. (Diète, eau gommée, sulfate de quinine, 15 gr.)

Le 24, pendant la rémission qui suivit le petit accès, on donne encore 15 gr. de sulfate de quinine.

Le 25, le grand accès n'a pas lieu, il n'y a qu'un léger mouvement fébrile; l'expression de la face et l'attitude sont presque naturelles. (10 gr. de sulfate de quinine.)

Le 26, le malade est très-bien ; la fièvre a cessé, il n'y a point eu d'accès. Pendant huit jours on continue le fébrifuge à doses progressivement décroissantes, et le 7 juillet il sort parfaitement guéri.

II^e^ OBSERVATION.

Françoise Durand, journalière, âgée de quarante-trois ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entre le 7 août à l'Hôtel-Dieu de Nantes; elle a la fièvre depuis quatre jours. La maladie a débuté par un frisson violent, des douleurs lombaires, une vive céphalalgie, des vomissemens et une disposition aux défaillances. A ces divers sym-

ptômes, qui continuent une partie de la nuit, succède une légère rémission et un peu de moiteur. Le lendemain, deuxième accès par frisson vers onze heures du matin, moins fort que le premier. Le 6, un nouveau paroxysme a lieu, seulement avec un léger refroidissement. La rémission devient à peine sensible; il se déclare une diarrhée abondante.

Le 7, jour de son entrée, et correspondant au petit accès, elle présente les symptômes suivans : stupeur, coloration terne de la face, décubitus dorsal, délire sourd, haleine fétide; pouls petit, fréquent et mou; chaleur âcre de la peau, langue pâle, léger météorisme de l'abdomen, selles involontaires. Au début de l'accès, léger refroidissement des extrémités; vers le soir, sueurs partielles sur la face et sur le ventre. (Pendant la soirée, 18 gr. de sulfate de quinine; deux vésicatoires aux jambes; diète.)

Le 8, jour du grand accès, même état que la veille. Vers onze heures du matin, léger refroidissement des extrémités, auquel succède une augmentation subite de la chaleur âcre. (18 gr. de sulfate de quinine.)

Le 9, amélioration sensible ; la physionomie n'exprime plus autant la stupeur, la malade répond aux questions, le pouls est plus ferme, la chaleur moins vive, les selles moins fréquentes. (15 gr. de sulfate de quinine, deux bouillons.)

Le 10, mieux encore plus marqué; la face a repris sa coloration et son expression naturelles ; le pouls est à peine fébrile; point de paroxysme. (8 gr. de sulfalte de quinine, deux soupes.)

Le 11, La malade entre tout à fait en convalescence; appétit; encore un peu de diarrhée. (dg. quatre gr. sulfate de quinine.)

Les 12, 13 et 14, l'amélioration continue et augmente progressivement; il n'y a plus de diarrhée, seulement un peu de faiblesse dans les jambes, quelques douleurs lombaires et vertiges quand elle se lève. On continue le sulfate de quinine à doses décroissantes. Le 30 août, elle sort complètement rétablie.

Tels furent les symptômes que la plupart des malades présentèrent.

La fièvre rémittente était rarement pernicieuse dès le début, surtout au commencement et à la fin de l'épidémie; elle était le plus souvent précédée de quelques accès intermittens ou rémittens simples : l'encéphale et le système digestif furent toujours principalement affectés. Toutes ces fièvres étaient double-tierces : les accès avaient constamment lieu vers dix heures du matin. A la même époque, nous avions plusieurs phthisiques dont le mouvement fébrile redoublait le soir. Les deux ou trois premiers accès commençaient ordinairement par un frisson très-marqué, puis il ne débutaient plus que par un léger refroidissement, tantôt général, tantôt se bornant aux extrémités; quelquefois même il manqua complètement. Dans ces cas, il n'était plus possible de distinguer le commencement d'un paroxysme que par l'augmentation subite des accidens succédant tout à coup à quelques instans de rémission : les phénomènes du déclin de l'accès se trouvaient le plus souvent dans le même rapport que ceux du début. Lorsque le frisson avait été bien marqué, la sueur était assez abondante. N'avait-on observé qu'un léger refroidissement, on n'observait de même qu'un peu de moiteur; dans certains cas même elle était partielle. L'invasion du paroxysme n'avait-elle été annoncée que par l'accroissement subit des accidens, le déclin ne pouvait être apprécié que par un léger amendement dans les symptômes. Enfin il y eut certains cas (et ce fut au milieu des plus grandes chaleurs qu'ils furent observés) qui présentèrent une marche tout à fait continue. C'est alors que le danger était extrême; le sulfate de quinine réussit néanmoins le plus souvent, mais parfois il fut inutile : alors la mort était inévitable.

Les principaux symptômes observés pendant cette épidémie de rémittentes pernicieuses furent les suivans : céphalalgie, douleurs lombaires, vomissemens, diarrhée, stupeur, délire, coma, parotides, hémorrhagies passives, aspect particulier de la langue. Nous allons les passer successivement en revue.

La céphalalgie sus-orbitaire et les douleurs lombaires existaient toujours au début de la fièvre; elles furent très-souvent les symptômes pré-

curseurs de son invasion. Dans tous les cas leur existence fut simultanée, et ils se trouvaient constamment dans le même rapport; lorsque l'un était très-marqué, l'autre l'était également. Telle était la corrélation de ces deux phénomènes, que l'on pouvait juger de la force de l'un par celle de l'autre; du reste, leur intensité était variable.

Les vomissemens bilieux étaient aussi un des accidens observés au début de la fièvre.

La stupeur existait dans presque tous les cas; elle allait en augmentant avec le danger; elle était un guide fidèle dans le pronostic.

Le délire fut aussi un des accidens les plus fréquens; il n'était pas bruyant, il n'était marqué que par des paroles incohérentes, prononcées à voix basse. Il y avait un rapport assez constant entre la cessation subite de la diarrhée et l'apparition du délire. Lorsque les selles, après avoir été liquides et fréquentes pendant plusieurs jours, s'arrêtaient tout à coup, nous avons vu fréquemment la tête s'affecter.

Lorsque le malade passait subitement d'une vive excitation à une prostration profonde, quelquefois nous avons observé des hémorrhagies excessives; elles avaient lieu soit par les narines, soit par les piqûres de sangsues appliquées à l'épigastre; le sang coulait abondamment, sans pouvoir être arrêté par les moyens ordinaires. Dans un de ces cas on fut obligé de cautériser les piqûres avec un stylet rougi.

Le coma ne fut rencontré que chez les vieillards; il devenait le symptôme dominant de la fièvre rémittente pernicieuse. Pendant le paroxysme il était profond; la respiration était stertoreuse, la bouche entr'ouverte; les malades ne pouvaient être réveillés. Pendant la rémission l'assoupissement diminuait, puis augmentait tous les jours périodiquement à la même heure. Dans ces cas on ne distinguait pas le type double-tierce. Cette variété de rémittente pernicieuse fut toujours traitée avec succès par le sulfate de quinine, même lorsqu'il y avait continuité et uniformité du mouvement fébrile. L'action du fébrifuge était alors très-remarquable : à cet ensemble de symptômes

naguères si alarmant, succédait après la première dose un changement total. La convalescence était très-prompte. En 1805, pendant une épidémie de fièvres intermittentes, M. *Coutanceau* observa aussi un grand nombre de fièvres soporeuses. Il remarqua que des apoplexies antérieures disposaient à cette espèce de fièvres.

Un symptôme qui fut toujours mortel, c'étaient les parotides. Cet accident ne survint que chez les sujets affaiblis par la misère et les maladies antérieures ; elles paraissaient presque subitement, au bout de deux ou trois jours formaient des tumeurs énormes, et présentaient de la fluctuation. Les vaisseaux du cou étaient comprimés ; les malades succombaient bientôt. A l'autopsie on trouvait toutes les glandes salivaires, et surtout la parotide, très-volumineuses, d'un tissu rouge, infiltrées d'un pus sanieux et fétide. Chez ces sujets le sang ne formait point, dans le cœur et les gros vaisseaux, des caillots et des concrétions fibrineuses comme dans certaines maladies aiguës, il était au contraire remarquable par sa fluidité.

Au milieu des symptômes graves de ces fièvres, la langue présenta presque toujours un aspect très-remarquable, et qui était d'une grande ressource dans le diagnostic de ces maladies ; elle était molle, humide, légèrement muqueuse, moins rosée que dans l'état naturel, et quelquefois même tellement pâle qu'elle paraissait presque exsangue. Cet aspect particulier de la langue ne manqua que dans un très-petit nombre de cas. Il persistait ordinairement tant que la fièvre conservait encore quelque rémission. La langue se desséchait et devenait fuligineuse dès que la maladie dégénérait en continue. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que ce symptôme fut observé dans les fièvres qui étaient accompagnées de l'irritation en apparence la plus vive, comme dans celles qui présentaient de la stupeur et un grand abattement ; il existait, lors même qu'il y avait des signes d'une gastro-entérite intense. La pâleur remarquable qu'elle présentait dans certains cas, diminuait sensiblement lorsque les accès cessaient d'eux même ou étaient supprimés par le quinquina. Bientôt la teinte et la coloration devenaient naturelles. M. le docteur *Marion de Procé*, qui

depuis long-temps avait observé ce symptôme, remarquait que lorsque la fièvre devait revenir la langue pâlissait plusieurs jours avant la rechute, de manière que, d'après son seul aspect, il put souvent prédire le retour des accès. *Bailly* remarque aussi que dans les fièvres qui par leur nature se rattachent aux intermittentes, la langue conserve souvent son aspect naturel, et il conclut de là que les signes fournis par cet organe ne sont d'aucune importance. Mais ne semblerait-il pas, au contraire, que la langue fournit des données d'autant plus utiles pour le diagnostic des fièvres pernicieuses, qu'elle conserve son aspect ordinaire au milieu du trouble général des autres fonctions ?

Un autre phénomène que nous avons presque constamment observé, c'est qu'au milieu des symptômes soit inflammatoires, soit adynamiques, le sang tiré de la veine ne se recouvrait point d'une couenne plastique; on la rencontrait comme à l'ordinaire dans toutes les maladies autres que les fièvres intermittentes et rémittentes; elle recouvrait le sang des phthisiques qui furent saignés à cette époque.

Telle était l'influence de l'épidémie régnante, que les maladies les plus diverses, quelles que fussent d'ailleurs leurs causes, revêtaient le caractère intermittent ou rémittent. Un militaire, après un exercice violent, s'expose tout couvert de sueur à un refroidissement subit, et il est pris d'une fièvre tierce. A la suite d'une chute que fit un vieillard, sur la tête, il survint une affection soporeuse évidemment rémittente. Un cocher, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour un rétrécissement de l'urètre : on lui pratique le cathétérisme, et toutes les fois qu'on lui introduisait la sonde il survenait un accès de fièvre bien caractérisé; avec leur cause cessèrent les accès. Dans les fièvres traumatiques, on fut quelquefois obligé de donner du sulfate de quinine, à cause du caractère intermittent des paroxysmes.

Les autopsies que l'on eut occasion de faire pendant cette épidémie nous montrèrent que les altérations pathologiques des rémittentes pernicieuses étaient absolument les mêmes que celles des fièvres continues.

Dans le traitement de cette épidémie, il y avait deux indications principales à remplir : modérer les symptômes inflammatoires du début, et supprimer les redoublemens. On satisfaisait à la première indication par la saignée soit locale, soit générale, et à la seconde par le sulfate de quinine. La première dose était de quinze, dix-huit ou vingt-quatre grains. On le donnait pendant la rémission ou pendant le déclin de l'accès. Presque toutes les fièvres étaient guéries par ce médicament précieux. Il supprima même la plupart de celles qui, après avoir été rémittentes, étaient devenues tout à fait continues ; et s'il échoua quelquefois, ce fut chez les malades qui, affectés de vomissemens et de diarrhée, avaient trop tardé à réclamer les secours de l'art. Quant aux fièvres soporeuses, elles cédèrent toutes à l'action bienfaisante du fébrifuge. Lorsque les symptômes pernicieux se manifestaient dès le début de la maladie, on recourait de suite au quinquina sans faire subir au malade aucune préparation. Lorsqu'à cause des vomissemens le fébrifuge ne pouvait rester dans l'estomac, on le combinait avec l'opium. Dans les cas où il y avait prostration profonde, comme moyen accessoire on appliquait des vésicatoires aux jambes.

Tel fut le principal traitement qu'employa M. le docteur *Fouré*. Par ses savantes leçons et par l'éclat des succès qu'il obtint, il nous montra quelle puissance admirable peuvent avoir les médicamens lorsqu'ils sont administrés par des mains habiles.

Les fièvres rémittentes pernicieuses que nous avons observées ressemblaient beaucoup à celles que *Pinel* décrit sous le nom d'*adynamiques*. L'utilité que plusieurs médecins reconnaissent au quinquina dans le traitement de cette dernière maladie ne permettrait-elle pas de supposer, qu'au lieu d'agir toujours comme tonique et antiputride, il pourrait bien avoir réussi quelquefois comme fébrifuge? Les rechutes de ces fièvres étaient assez fréquentes, mais elles furent toujours moins graves que la première maladie. La convalescence était prompte. Chez quelques individus elle fut retardée par de légers accidens, tels

que l'œdème des malléoles, une grande faiblesse des extrémités inférieures, des vertiges et des douleurs lombaires.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I. Les anciens auteurs sont pleins d'observations qui prouvent qu'une épidémie régnante imprime son caractère à toutes les maladies de l'époque; voici un fait de ce genre : depuis six mois un militaire était affecté d'une dysenterie contractée à la Martinique; elle avait constamment résisté à tous les remèdes employés jusqu'alors. Dans le cours du mois de juillet 1827, lorsqu'il régnait beaucoup de fièvres intermittentes et rémittentes, ce malade contracta une fièvre tierce. Pendant les accès les selles étaient plus fréquentes et plus sanguinolentes qu'elles ne l'avaient été depuis bien long-temps. Le jour d'apyrexie les selles étaient, comme avant l'invasion de la fièvre, à demi liquides, et au nombre de deux ou trois par vingt-quatre heures. A la troisième apyrexie, on lui donna quinze grains de sulfate de quinine : l'accès suivant n'eut pas lieu. On continua pendant quelque temps le fébrifuge à doses progressivement décroissantes, et pendant les quinze jours qui suivirent la cessation de la fièvre il fut complètement guéri de sa dysenterie. Les selles étaient naturelles et l'embonpoint revenait, lorsque, sans cause appréciable, les évacuations alvines reparurent avec la même fréquence et les mêmes douleurs qu'avant la fièvre; elles continuèrent sans interruption jusqu'au mois de septembre suivant, époque de sa mort.

II. C'est à tort que certains praticiens mettent sur le compte du

quinquina et du sulfate de quinine tous les engorgemens de la rate, puisqu'on les observe chez des individus qui n'ont jamais fait usage de ces fébrifuges, et puisque dans des fièvres intermittentes chroniques compliquées de ces sortes de tumeurs nous avons vu plusieurs fois les accès disparaître, et la rate revenir à son état naturel, pendant qu'on administrait à ces malades du quinquina ou du sulfate de quinine.

III. Les affections morales peuvent donner lieu à des fièvres intermittentes : nous avons l'observation d'une fièvre tierce survenue chez un jeune homme à la suite d'une vive frayeur. Ce qui est principalement à noter dans ce fait, c'est que les accès revenaient précisément à l'heure où il avait éprouvé cette impression morale.

IV. Presque toutes les varioles que nous avons observées ont été accompagnées, pendant la fièvre d'invasion, d'hémorrhagies plus ou moins abondantes : chez les hommes, d'épistaxis ; chez les femmes, du flux menstruel. Les règles devançaient très-souvent leur époque ; et si la maladie survenait pendant la menstruation, cette évacuation sanguine était constamment plus abondante qu'à l'ordinaire. Ces diverses hémorrhagies s'arrêtaient dès que les premiers boutons commençaient à paraître.

V. Dans la variole, pendant et après la dessiccation, il se manifeste très-souvent des dépôts sur les membres ; ces dépôts se forment très-promptement ; ils ne sont pour ainsi dire pas précédés de travail inflammatoire. Lorsqu'ils sont ouverts avant que la peau soit trop amincie, la guérison en a lieu en très-peu de temps. Le pus qui en sort n'est pas bien élaboré, il est sanieux, fétide et mêlé de caillots de sang. Ces abcès sont sujets à la métastase : chez plusieurs varioleux dont les membres inférieurs en étaient recouverts ils s'affaissèrent tout à

coup, et il survint immédiatement après une diarrhée à laquelle succombèrent ces malades.

VI. Voici un fait qui semblerait prouver que plus la peau est excitée, plus l'éruption variolique doit y être abondante : un gendarme fait une longue route à pied; à son arrivée à l'hôtel-Dieu de Nantes, les pieds et les jambes étaient légèrement enflés, rouges et douloureux. Il est pris tout à coup de fièvre; après trois jours de durée, elle est suivie d'une éruption variolique très-confluente aux pieds, sur les jambes, et discrète sur le reste du corps. C'est aussi probablement parce que la peau du visage est plus sensible, et que tous les phénomènes capillaires s'y passent avec plus d'énergie, que l'éruption variolique y est ordinairement plus abondante que partout ailleurs.

VII. Nous avons l'observation d'un rhumatisme articulaire très-intense qui dans l'espace de huit jours a parcouru successivement, et de bas en haut, toutes les articulations, depuis celle du gros orteil jusqu'à celle de l'épaule. Traité et poursuivi par l'application d'un grand nombre de sangsues sur les principales articulations, il a facilement et complètement guéri. Une circonstance très-remarquable dans cette observation, c'était la promptitude avec laquelle la tuméfaction très-douloureuse d'une grosse articulation, telle que le genou, par exemple, disparaissait tout à coup pour se porter immédiatement sur l'articulation coxo-fémorale.

VIII. L'observation suivante nous semble faire connaître assez bien la marche que suit l'inflammation dans le tissu du foie, pour parvenir d'un simple engorgement sanguin à une collection de pus en forme d'abcès. Le nommé Aubré, âgé de vingt-cinq ans, dix jours après une chute sur la tête, mourut au milieu de symptômes annonçant une affection de l'encéphale, et ne présentant d'ailleurs aucun signe qui pût faire soupçonner des abcès dans le foie.

A l'autopsie on trouva tous les caractères anatomiques d'une arachnitis très-intense.

Le foie était d'un volume naturel, d'une couleur noirâtre, et gorgé de sang; il contenait un grand nombre de petits abcès : les uns étaient formés d'un pus tout à fait liquide, les autres d'une matière purulente assez consistante. Dans différens points se trouvaient quelques noyaux de granulations d'un rouge foncé, et au milieu de ces granulations quelques points blanchâtres, qui, examinés de près, offraient l'aspect d'une matière purulente à l'état solide.

Le foie présentait donc quatre espèces d'altérations bien distinctes, et ces diverses altérations n'étaient probablement que les différens degrés d'un même état pathologique : 1°. des granulations d'un rouge foncé, formant de petites masses répandues çà et là; 2°. au milieu de ces granulations des points blanchâtres ressemblant parfaitement à de la matière purulente solide; 3°. des dépôts formés d'une matière blanchâtre assez consistante; 4°. enfin des collections d'un pus tout à fait liquide. La surface interne des cavités qui le contenaient était grisâtre, granuleuse, inégale, et n'était point tapissée d'une exsudation membraniforme.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos ; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

II.

Ex anni verò constitionibus, in universum quidem siccitates pluviosis sunt salubriores, et minùs lethales. *Sect.* 3, *aph.* 5.

III.

Quibus exacerbationes fiunt, quâcumque horâ demiserit febris, postridiè eâdem horâ si corripuerit, difficulter judicantur. *Sect.* 4, *aph.* 30.

IV.

Quibus in febribus quotidiè rigores fiunt, quotidiè febres solvuntur. *Ibid.*, *aph.* 63.

V.

In non intermittentibus febribus, si extrema quidem frigida sint, interna verò urantur, et sitim habeant, lethale. *Ibid.*, *aph.* 48.

VI.

In febre non intermittente, si labium, aut supercilium, aut oculus, aut nasus pervertatur, si non videat, si non audiat, corpore jam debili existente, quidquid horum fiat, in propinquo mors. *Ibid.*, *aph.* 49.